

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

478
N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

JORGE GONZALEZ-CELIS

Né le 14 Novembre 1906 à Valencia (Vénézuéla)

Les Kystes des Ménisques du Genou

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1933

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

JORGE GONZALEZ-CELIS

Né le 14 Novembre 1906 à Valencia (Vénézuéla)

Les Kystes des Ménisques du Genou

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	LENORMANT.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE
Professeur sans chaire	MULON.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	GAUDART D ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Anatomie pathologique	HUGUENIN
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHTET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	REITTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
MM.			
LEVY-SOLAL.....	} Clinique obstétricale		
METZGER.....			
LE LORIER.....			

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE
DE MON PERE

A MA MERE

*En hommage de ma profonde et
filiale affection.*

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A MON BIEN REGRETTE PARRAIN

MIGUEL CALAFAT

A MON ONCLE RAMON H. RAMOS

A MES TANTES ALECIA DE CALAFAT

ET BERTA DE RAMOS

Faible témoignage de ma gratitude.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

CH. LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage respectueux de notre re-
connaissance et de notre admi-
ration.*

A MES MAITRES DANS LES
HOPITAUX DE PARIS

Les Kystes des ménisques du Genou

Avant-Propos

Les kystes réalisent une lésion très rare des ménisques. Leur étude est de date relativement récente. Au Congrès de chirurgie de 1926, MOUCHET et TAVERNIER n'en avaient réuni que 24 cas. Fin 1932, MARIQUE en avait rassemblé 67 cas. Selon la statistique établie par ce dernier auteur, la lésion atteint dans 84 % des cas le ménisque externe, dans 16 % des cas le ménisque interne.

Il semble donc que dans ces dernières années, le nombre des observations de ces kystes se soit augmenté dans de notables proportions, faut-il en déduire que la lésion soit devenue plus fréquente ? Nous ne le pensons pas. Nous estimons, au contraire, que l'attention des chirurgiens et aussi des anatomo-pathologistes a été particulièrement attirée sur cette question par le rapport du congrès de chirurgie de 1926 et par les nombreuses publications qui ont été faites sur ce sujet depuis cette date.

En effet, le kyste des ménisques soulève deux questions très différentes. D'une part, un problème chirurgical : faut-il, en cas de kyste, pratiquer une simple ablation du kyste ou une ablation totale et du kyste et du ménisque ? D'autre part, un problème anatomo-pathologique : quelle est l'origine de ces kystes ? Nous verrons que ces deux problèmes ne sont pas tellement différents l'un de l'autre et que la solution du premier dépend peut être de celle du second.

Observations

Nous avons eu l'occasion d'observer et de voir opérer deux malades atteints de kystes du ménisque externe du genou. Voici ces deux observations cliniques et le résumé du protocole opératoire de chaque intervention.

OBSERVATION N° 1

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans qui depuis plusieurs mois présente une petite tuméfaction sur la face externe du genou droit. Cette tuméfaction est absolument indolore, elle ne gêne le malade que dans les mouvements de flexion extrême, ou encore à l'occasion d'une marche prolongée. Elle est apparue spontanément. Nous avons pris soin en effet, de rechercher par l'interrogatoire, la possibilité d'un traumatisme, même minime, du genou ; nous n'en avons pas trouvé.

La tuméfaction est de la grosseur d'une noix, elle est recouverte d'une peau normale qui glisse bien à sa surface. Elle est allongée dans le sens transversal et elle

est située juste au niveau de l'interligne articulaire, débordant celui-ci en bas sur une hauteur de deux centimètres environ. Cette tuméfaction est relativement fixe, elle n'est pas mobile d'avant en arrière, elle est légèrement mobile de haut en bas.

A première vue, nous avons pensé à un Kyste synovial, c'est-à-dire, à une hernie de la synoviale à travers un ménisque altéré. Rapidement nous avons rejeté cette hypothèse, la tumeur n'était pas réductible et ce n'est pas le siège habituel des Kystes sinoviaux du genou. Nous avons été amené à penser qu'il s'agissait d'un Kyste banal, et nous n'avons pas porté cliniquement le diagnostic de Kyste développé aux dépens d'un ménisque.

Le malade fut opéré en juillet 1931. Par une incision transversale, il a été facile d'aborder le Kyste. Dès l'incision de la peau, nous vîmes apparaître la petite poche Kystique à aspect bleuâtre. En essayant de la dégager en haut et en bas des tissus environnants, la poche fut ouverte et il s'en écoula un liquide épais sirupeux jaunâtre. Il a été facile de disséquer et d'extérioriser la poche Kystique dans sa demi-circonférence externe, mais dans la profondeur la sonde cannelée découvrait un tissu dense, serré, impossible à dissocier sans l'aide du bistouri. Nous vîmes à ce moment que la petite tumeur était incluse dans le cartilage méniscal et le ménisque

dut être enlevé partiellement pour pratiquer une ablation complète du Kyste. Le ménisque n'a pas été enlevé en entier, seule la partie moyenne du corps du ménisque a été sectionnée sans atteindre son bord interne et en laissant intacts les cornes antérieures et postérieures du cartilage. On a suturé les tissus peri-articulaire par des points séparés au catgut et la peau par des crins, sans drainer.

Les suites opératoires furent très simples. Le genou fut immobilisé quelques jours dans une simple gouttière grillagée. Les crins furent enlevés le 8^e jour. Dès le 10^e jour, le sujet marchait et le 15^e jour, il reprenait ses occupations, ne ressentant plus aucune gêne.

Nous avons revu ce malade six mois après l'intervention, il allait parfaitement bien et le kyste n'avait pas récidivé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE :

Nous avons examiné avec beaucoup de soins les coupes histologiques de ce kyste méniscal. Nous avons examiné la structure du fragment de ménisque en apparence sain enlevé avec le Kyste, et la structure des parois du Kyste lui-même. Il nous a semblé que le Kyste n'avait pas de parois propres, il s'enfonçait comme un coin dans

l'épaisseur du ménisque lui-même. A ce niveau les travées de tissu cartilagineux s'écartaient les unes des autres, laissaient entre elles un espace vide, un trou où s'était amassé le liquide kystique. Il ne s'agissait pas d'un vrai Kyste, mais d'un faux Kyste, développé dans le cartilage méniscal lui-même.

Nous nous sommes attaché à rechercher des lésions microscopiques d'atteinte du tissu cartilagineux perikystique. Nous devons dire qu'il nous a paru absolument sain. Les travées cartilagineuses étaient nettes, les noyaux cellulaires non altérés, le tissu dense, ne présentant aucune fente, aucune déhiscence. La limite entre le tissu méniscal et la poche Kystique était nette, irrégulière dans son contour, mais sans altération cellulaire. Nous n'avons pas retrouvé sur les coupes de cette pièce les modifications pathologiques que beaucoup d'auteurs ont signalées au niveau du cartilage méniscal. Nous rappelons cependant qu'il n'a été enlevé qu'un fragment du ménisque et qu'il est possible que dans la partie du ménisque laissée en place, il subsiste des altérations du cartilage que nous n'avons pu observer.

OBSERVATION N° 2

Monsieur J. H..., âgé de 30 ans, vient consulter en décembre 1932 pour une petite tuméfaction apparue depuis deux mois sur la face externe du genou droit. Cette petite tumeur n'est pas douloureuse spontanément, mais par contre elle devient rapidement douloureuse à la marche et dans les mouvements de flexion et d'extension du genou, elle occasionne une certaine gêne. Le sujet rattache nettement l'origine de cette petite tumeur à un traumatisme du même genou survenu un mois avant l'apparition de la tuméfaction. Il se rappelle nettement être tombé sur le genou droit et un médecin consulté le lendemain du traumatisme avait diagnostiqué une hydarthrose et conseillé le repos au lit pendant huit jours.

La tumeur est de la grosseur d'une noisette. Elle siège sur la face externe du genou, juste en regard de l'interligne articulaire qu'elle déborde légèrement en bas. La peau qui la recouvre est normale et n'adhère pas à elle. A la palpation la tumeur est nettement fluctuante. Elle est immobile dans le sens transversal, légèrement mobile de haut en bas. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Elle n'est pas réductible. Le genou, par ailleurs, est sain. Il n'y a pas de choc rotulien et les

mouvements de l'articulation sont normaux. En présence de cette tuméfaction, nous avons pensé, instruits par notre précédente observation, qu'il pouvait s'agir d'un Kyste méniscal et nous avons opéré le malade en janvier 1933.

A l'intervention, nous avons trouvé dès l'incision des téguments, un petit Kyste qu'il nous fut difficile d'isoler des tissus environnants. Le Kyste était amarré dans la profondeur et faisait corps avec la circonférence externe du ménisque. Il semblait s'engager dans le ménisque sur une large surface, c'est pourquoi, de par ce fait anatomique et instruits par les publications que nous avons lues sur cette question, nous avons pratiqué l'ablation complète du ménisque externe. Les plans péri-articulaires furent suturés au catgut par des points séparés et l'incision cutanée fut fermée aux crins.

Les suites opératoires furent excellentes. Les crins furent enlevés le 8^e jour. Le genou fut mobilisé dès le 10^e jour et la marche reprise le 20^e jour. Un mois après l'intervention le malade reprenait ses occupations normales.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA PIÈCE :

Le Kyste contenait un liquide sirupeux, « gelée de pomme ». Il s'engageait nettement dans le ménisque, qui

était sain en apparence. Nous avons pratiqué des coupes histologiques de cette petite pièce, en prenant soin d'intéresser par la coupe et le ménisque et le Kyste.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE :

Le Kyste est multiloculaire. Les parois ne sont pas revêtues d'un épithélium. Aux environs du Kyste le fibro-cartilage est nettement altéré et en un point de la coupe on peut voir trois ou quatre petites cavités créées par la déhiscence des travées cartilagineuses : ce sont de petits Kystes en voie de formation. A mesure que l'on s'éloigne du Kyste, le fibro-cartilage reprend un aspect normal et au niveau du bord interne du ménisque, les fibres sont denses, serrées, avasculaires, sans lésions microscopiques apparentes. Les cornes du ménisque sont absolument intactes sans aucune lésion de dégénérescence kystique.

Telles sont les deux observations que nous avons à relater dans ce modeste travail. Qu'il nous soit permis de signaler le cas d'une malade qui nous a été envoyée récemment en avril 1933. Il s'agissait d'une femme de 45 ans. Elle présentait sur la face interne du genou gauche une tuméfaction assez grosse, du volume d'une petite mandarine, située juste au niveau de l'interligne, et diminuant de grosseur dans les mouvements de flexion

du genou. Nous avons hésité de par le volume de la tumeur à porter le diagnostic de Kyste méniscal. A un examen attentif, nous avons été tenté d'admettre cette hypothèse en pensant que le Kyste, petit, était sans doute recouvert d'un lipome comme les données de la palpation semblaient devoir nous le prouver. La malade, hélas, a refusé toute intervention, arguant que cette petite tumeur ne la gênait nullement, et nous n'avons pas eu l'occasion de l'examiner à nouveau.

A) CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Les deux observations principales nous ont amené à rechercher quels avaient été les différents travaux intéressant les lésions des ménisques du genou. Les lésions traumatiques, fractures, luxations, ont fait l'objet d'une étude approfondie. Les lésions de dégénérescence kystique sont d'étude relativement récente.

Au point de vue clinique, la majorité insiste sur un fait capital : le Kyste suit les mouvements du ménisque et tend à disparaître dans la flexion du genou. Nous devons dire que chez nos deux malades, le Kyste ne disparaissait pas lors des mouvements de flexion du genou. Il semble que les signes cliniques principaux soient essentiellement le siège de la tumeur, son adhérence dans la profondeur, les caractères essentiellement bénins de son évolution. Le plus souvent le Kyste méniscal est petit, de la grosseur d'une petite noix. Il est indolore. Un seul diagnostic différentiel difficile à éliminer : le Kyste synovial. Le Kyste synovial de l'articulation tibio-fémorale à siège externe est une lésion rare. C'est une hernie de la synoviale au-dessus ou au-dessous du ménisque : ce fait suppose des conditions anatomiques bien difficiles à envisager. Par contre le Kyste de l'articulation peronéo-tibiale supérieure est plus fréquent, mais il est plus

antérieur et un peu plus bas que le Kyste méniscal. De plus les Kystes synoviaux sont dans la majorité des cas réductibles. Il semble donc que le diagnostic de Kyste du ménisque du genou est possible, le fait d'en avoir vu et reconnu un seul ne permet plus d'ignorer les autres.

B) CONSIDÉRATIONS HISTOLOGIQUES SUR LES KYSTES MÉNISCAUX DU GENOU

La majorité des auteurs s'accorde à décrire du point de vue histologique un Kyste multiloculaire. Tous insistent sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un vrai Kyste, mais d'un faux Kyste. Un vrai Kyste présente une paroi recouverte d'une couche épithéliale propre. Dans les faux Kystes, la paroi ne présente pas d'épithélium. Elle est faite par les tissus environnants plus ou moins altérés et dissociés par la cavité kystique.

Le Kyste du ménisque du genou est un faux Kyste. Il s'est développé dans le fibro-cartilage lui-même ou peut-être dans le tissu fibro-conjonctif péri-méniscal.

Sur la coupe, le Kyste apparaît en général formé par plusieurs cavités libres. Ces cavités sont limitées près de la périphérie par des travées de fibres conjonctives plus ou moins denses et beaucoup d'auteurs pensent qu'il s'agit là de fibres appartenant à la capsule articulaire, nous verrons toute l'importance de ce fait du point de vue pathogénique.

A mesure que l'on examine la coupe de la périphérie vers le centre, on voit les cavités kystiques diminuer de volume et s'engager nettement en plein tissu ménis-

cal. A ce niveau existent des cellules cartilagineuses altérées pour la plupart. Le tissu fibro-cartilagineux est parcouru de vaisseaux. Il est dilacéré, dissocié, avec des fentes, des trous, de petites cavités que certains auteurs ont appelé des « Kystes en miniature ». Ils sont, en fait, des Kystes microscopiques, témoin de la dégénérescence du fibro-cartilage. Il semble donc qu'il existe à ce niveau une zone où l'on constate une véritable fonte de tissu cartilagineux. Peut-on supposer que le contenu de ces Kystes soit une sorte de « gélatine », résultat de cette dégénérescence cartilagineuse? Il semble que ce ne soit pas impossible.

Si on examine la coupe dans sa partie centrale, nous voulons dire loin du Kyste, au niveau de la partie interne de la circonférence du ménisque, le tissu cartilagineux apparaît à nouveau normal. Il est constitué dans cette zone par du fibro-cartilage, dense, serré, avasculaire. Beaucoup d'auteurs signalent au contraire que les lésions de dégénérescence kystique envahissent le ménisque dans sa totalité et qu'au microscope on retrouve au niveau des cornes antérieures et postérieures du ménisque des cellules altérées et des fentes entre les travées de fibro-cartilage. Sur nos deux coupes nous n'avons pas constaté ces lésions et nous verrons à quelle importante conséquence thérapeutique devrait aboutir cette consta-

tation si elle portait sur un nombre de cas suffisamment important.

Du point de vue histologique, le Kyste du ménisque est donc un pseudo-Kyste multiloculaire développé et dans le tissu capsulaire péri-articulaire et dans le fibrocartilage. C'est dire combien du point de vue pathogénique, l'origine de ces Kystes est discutée, et quel important problème anatomo-pathologique est celui de l'origine de ces Kystes méniscaux.

C) CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUE SUR L'ORIGINE DES KYSTES DES MÉNISQUES DU GENOU

La plupart des auteurs se sont attachés à expliquer la formation de ces Kystes.

Certains ont invoqué une théorie embryonnaire et pensent que le Kyste est dû à une inclusion endothéliale intra-méniscale et se développe aux dépens de ces débris endothéliaux : c'est en particulier l'opinion de Zadek.

Pour d'autres auteurs le Kyste se forme par dégénérescence Kystique du fibro-cartilage méniscal, cette dégénérescence n'intéressant que le ménisque lui-même, les auteurs, en particulier Seguy, ont appelé cette lésion : *la méniscite chronique pseudo-kystique*.

Il semble actuellement que la majorité des auteurs tende à faire rentrer les Kystes méniscaux dans un grand groupe de formations kystiques bien individualisées depuis les travaux de LETULLE et L. BAZY (Annales d'Anatomie Pathologique, 1928) et de LECÈNE (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1927). Les Kystes des ménisques seraient essentiellement développés dans le tissu fibro-conjonctif péri-méniscal, c'est-à-dire dans le tissu capsulaire. Leur formation appartient

draît à un mode général de formation kystique pouvant survenir dans n'importe quel point de l'organisme par liquéfaction dégénérative de la substance collagène du tissu fibro-conjonctif. Cette hypothèse est séduisante et rallie actuellement l'opinion de la majorité des auteurs. Nous l'adoptons pleinement, d'autant que sur l'une de nos coupes, nous avons constaté nettement la présence de traînées fibro-conjonctives, dans la périphérie du Kyste. Il resterait cependant à expliquer pourquoi la dégénérescence kystique gagne secondairement le fibro-cartilage et pourquoi le Kyste ne se développe pas uniquement dans les parties molles du genou. Du point de vue anatomique, la capsule adhère à la périphérie du ménisque, des fibres capsulaires, des vaisseaux vont de l'un à l'autre; le processus dégénératif méniscal peut, peut-être, s'expliquer ainsi.

Quel est le rôle du traumatisme dans la formation de ces Kystes ?

Dans beaucoup d'observations de Kystes méniscaux, la notion d'un traumatisme existe.

En général, le traumatisme est survenu longtemps avant l'apparition du Kyste. Le plus souvent quelques mois avant, parfois plusieurs années. Faut-il attacher une importance très grande au traumatisme dans la pa-

thogénie des Kystes méniscaux ? Ne peut-on penser que bien souvent le malade a rapporté l'apparition de son Kyste à un traumatisme, purement imaginaire ? Il apparaît cependant dans beaucoup d'observations que le traumatisme ait été certain. Comment expliquer la relation de cause à effet ? Certains auteurs pensent que le traumatisme a été à l'origine d'épanchements de sang dans les tissus péri-articulaires. L'hématome serait un facteur mécanique de production Kystique tardive.

D'autres auteurs pensent que les tissus contus sont un terrain favorable pour la dégénérescence Kystique du tissu fibro-conjonctif, le traumatisme préparerait à longue échéance le processus dégénératif. Ce ne sont là que des hypothèses que l'état actuel de nos connaissances ne permet pas de confirmer. Il reste vrai que dans bon nombre de cas, le traumatisme a existé, et dans notre observation n° 2, il ne pouvait pas être nié.

D) CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES KYSTES DES MÉNISQUES DU GENOU

Les Kystes méniscaux, si intéressants de par leur histologie, leur anatomo-pathologie, soulèvent un problème chirurgical qui n'est pas encore résolu.

Du point de vue technique, rien n'est plus facile pour le chirurgien d'enlever un Kyste méniscal. La voie d'abord s'impose d'emblée, elle est facile et l'opération peut se faire sous anesthésie locale. Il est aisé de disséquer la partie superficielle de la cavité kystique, la sonde cannelée la sépare facilement des tissus environnants. S'il arrive d'ouvrir malencontreusement le kyste, ce fait n'a aucune importance, nous n'avons relevé aucune observation de Kyste suppuré du ménisque.

La seule question que se pose le chirurgien est de savoir s'il doit enlever le ménisque dans sa totalité ou n'enlever avec le Kyste que le fragment attenant du ménisque.

Doit-il pratiquer une ménissectomie partielle ou une ménissectomie totale ?

Certains auteurs pensent qu'il faut toujours enlever le ménisque dans sa totalité. Ils disent que le ménisque

est atteint en entier par des lésions de dégénérescence kystique microscopique et que ne pas enlever le ménisque en totalité, c'est exposer le malade à une récédive possible. Il existe, en effet, quelques observations de récédive post-opératoire survenue chez des opérés chez qui on avait laissé en place la presque totalité du ménisque. Pour ces auteurs, il n'existe donc qu'une seule conduite pour le chirurgien : isoler le Kyste et d'emblée désinsérer et enlever le ménisque. L'ablation du ménisque complique peu l'intervention et elle assure la guérison définitive.

D'autres auteurs pensent que l'ablation totale du ménisque est parfaitement inutile. Il faut selon eux tailler en plein ménisque et extirper le Kyste en même temps qu'une bande de tissu cartilagineux. La section du ménisque ne doit pas atteindre la circonférence interne du cartilage et les extrémités postérieures et antérieures de celui-ci doivent être laissées intactes. Ces auteurs invoquent pour expliquer cette conduite opératoire le fait qu'il n'existe jamais d'atteinte histologique de la partie interne du ménisque. A ce niveau, selon eux, le cartilage est toujours sain dans sa demi-circonférence interne et il est inutile de pratiquer l'ablation totale d'un ménisque qui n'est malade qu'à sa périphérie. Beaucoup de chirurgiens ont ainsi pratiqué une méniscectomie par-

tielle. Certains d'entre eux ont eu l'occasion de revoir leurs opérés dans les mois qui ont suivi l'intervention et la plupart n'ont constaté aucune récurrence. Cependant quelques rares observations de récurrences post-opératoires ont été signalées.

Chez les deux malades dont nous rapportons les observations, nous n'avons pratiqué la ménisectomie totale que chez le deuxième. Nous devons avouer que chez le premier opéré, nous n'avions pas fait le diagnostic clinique de Kyste du ménisque et nous n'étions en rien instruit sur cette question. Chez notre deuxième opéré nous avons enlevé la totalité du ménisque, instruits par les publications que nous avons lues et dans le but d'éviter toute récurrence.

Il nous semble bien difficile et osé de prendre position dans cette petite controverse chirurgicale. Il nous paraît cependant préférable d'enlever le ménisque en totalité et cela pour deux raisons :

a) l'une primordiale : toute chance de récurrence est ainsi radicalement supprimée ;

b) l'autre n'est pas non plus sans valeur : le fait d'enlever le ménisque en totalité est un acte chirurgical simple, facile, sans danger, n'augmentant que de quelques minutes la durée de l'intervention. Enfin il nous semble qu'il est assez difficile pour le chirurgien qui

coupe en plein ménisque de se rendre compte à quel niveau maximum doit se limiter la section. Est-il encore en tissu méniscal dégénéré, est-il déjà en tissu méniscal sain? Quelle est l'importance du fragment méniscal à enlever? Sans doute, n'y a-t-il pas de règle. Le volume du Kyste ne peut en rien être une indication pour l'étendue de l'exérèse méniscale partielle: un gros Kyste peut n'atteindre le cartilage que dans sa périphérie, un petit kyste peut pénétrer plus profondément dans le ménisque. Les Chirurgiens, partisans de la méniscectomie partielle, disent qu'il suffit de laisser une bande de fibrocartilage dans la partie interne et de laisser intacts les cornes méniscales. Quelle est exactement la limite de l'ablation à pratiquer? La réponse n'est pas précise d'autant que les lésions sont à ce niveau presque uniquement microscopiques et invisibles pour le chirurgien qui opère. Pour ces différentes raisons, nous tendons à admettre que la méniscectomie totale doit être pratiquée de préférence à la méniscectomie partielle.

Telles sont les considérations cliniques, histologiques et chirurgicales que les Kystes Méniscaux du Genou nous paraissent entraîner. Cette petite lésion assez rare nous a parue particulièrement intéressante du point de vue anatomo-pathologique et des conséquences chirurgicales qui semblent en découler.

Conclusions

Les Kystes des ménisques réalisent une lésion rare : Soixante-sept cas réunis par Marique en 1932. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de Kyste du Ménisque externe.

1° *Du point de vue clinique.* — La petite tumeur se forme lentement, elle dépasse rarement le volume d'une noix, elle est indolore, elle siège au niveau de l'interligne articulaire, elle est peu mobile, fixée dans la profondeur, et classiquement elle suit les mouvements du ménisque, c'est-à-dire, s'efface en partie dans la flexion du genou.

2° *Du point de vue histologique.* — Ce n'est pas un vrai Kyste, mais un faux Kyste. Sur la coupe, il n'existe pas de revêtement épithélial propre au Kyste vrai. Le Kyste est multiloculaire, les cavités Kystiques se sont formées au dépens du fibro-cartilage et des tissus péri-méniscaux conjonctifs atteints par la dégénérescence kystique. Sur la plupart des coupes, on

peut retrouver une zône de transition entre le Kyste proprement dit et la partie du ménisque restée saine. A ce niveau existe des plages de dégénérescence avec disparition des cellules cartilagineuses et persistance du seul noyau cellulaire.

3° *Du point de vue anatomo-pathologique.* — Certains auteurs ont invoqué une origine embryonnaire, d'autres une dégénérescence spontanée du fibro-cartilage atteint par la « méniscite chronique pseudokystique », d'autres auteurs pensent qu'il s'agit à la fois d'une fonte progressive du fibro-cartilage et du tissu conjonctif capsulaire peri-méniscal. Il semble qu'actuellement les Kystes des ménisques doivent être rapprochés de par leur origine des Kystes dits « synoviaux » et qu'ils proviennent d'une dégénérescence spéciale du tissu conjonctif (Letulle et Bazy).

4° *Du point de vue chirurgical.* — Certains chirurgiens pensent qu'en présence d'un Kyste méniscal il est inutile d'ouvrir l'articulation et d'enlever le ménisque en entier : ceux-là se contentent d'une *ménis-
cectomie partielle*. D'autres chirurgiens pratiquent une ablation complète du ménisque, en même temps

que celle du Kyste, ils font une *méniscectomie totale*. Nous nous rangeons à l'avis de ces derniers, car, de par les constatations anatomo-pathologiques, la récurrence de la lésion est toujours à craindre, si l'ablation du ménisque n'est pas totale.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD

Vu, le Président :

LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

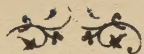
Bibliographie

- BRISTOW. — Cyst of the sumilunar cartilages of the Knee, *The Robert Jones Birthday*, volume 1928, p. 269.
- DELCHÉF. — Deux cas de Kystes du Ménisque externe chez des sujets féminins. — *Revue d'Orthopédie*, 1929.
- DUVAL et MONTIER. — Fibrose Kystique périssynoviale du genou. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 15 décembre 1926, p. 1218.
- EDINGTON. — Cystic changes in external semilunar cartilage of. Knee. *Glasgow Med. Journal*, T. 107, 1927.
- FOLLIASSON. — Kyste du ménisque externe du genou. *Revue d'orthopédie*, 1930, p. 44.
- FROELICH et CORNET. — Kyste du ménisque interne du genou. *Revue médicale de l'Est*, 1930, n° 13, p. 501.

- HEUSSER. — Ueber Ganglion des Meinkus Schweizer, *Mediz Wochenschrift*, 1928, n° 6, p. 153.
- JEAN. — 1° Kystes de la région externe du genou. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat.*, 1921, n° 1, p. 22.
2° Kyste du cartilage semi-lunaire externe du genou (Meniscite chronique pseudo-Kystique). Rapport de Auvray, *Bull. et Mém. Soc. Anat. Chir.*, 1924, p. 1775.
- LECENE. — Trois cas de dégénérescence pseudo-kystique du tissu conjonctif juxta-articulaire et du tissu tendineux. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1927, p. 2, n° 1.
- LETULLE et BAZY. — Les Kystes dits « synoviaux du poignet ». *Annales d'Anatomie pathologique*, 1928.
- MAUCLERT et TAVERNIER. — Pathologie des Ménisques du genou. *Rapport du XXX^me Congrès français de chirurgie*, 1926, p. 101.
- NOVÉ JOSSEMAND et POUZET. — Kyste du ménisque externe chez un enfant. *Lyon chirurgical*, 1929, n° 5, p. 725.
- LOUDARD SEGUY et DALGER. — Pseudo Kyste multiloculaire traumatique du cartilage 1/2 lunaire externe du genou gauche. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 5 mai 1926, p. 509.

TAVERNIER et VEYRASSAT. — Un cas de Kyste du mé-
nisque. *Lyon Chirur.*, 1928, p. 640.

ZADEK AN JAFFE. — Cyts of the semilunar cartilage of the
Kine, *Archives of Lurgery*, t. 15, 1927, p. 677.



Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.

